Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Estrie

PROGRAMME RÉGIONAL DE SERVICES EN SANTÉ CARDIAQUE

CADRE DE RÉFÉRENCE

VOLET RÉADAPTATION CARDIAQUE

Mai 2004

Modifié le 25 octobre 2004

106-01783/

Équipe de rédaction

Conception et analyse :

Louise Rivard, agente de programmation, Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion

Robert Pronovost, médecin-conseil, Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

Rédaction :

Chantal Boucher,

Denyse Lamontagne,

Secrétariat

Nicole Calvert

Graphisme

Bernard Bilodeau, technicien en communication

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce cadre de référence. Leur expertise fut grandement appréciée.

ALAIN VANASSE, médecin, P.H.D., Centre de recherche clinique, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

DANIEL AUGER, B.Sc. Éducation physique, conseiller Kino-Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.

DENISE ST-CYR-TRIBBLE, infirmière P.H.D., professeure au Département des sciences infirmières, Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke, CLSC de Sherbrooke.

DONALD DELISLE, médecin, Département régional de médecine générale, Estrie.

ÉLISE ROUSSEAU, B.Sc. D.T.PB, CFPC spécialiste conseil, Pfeizer.

FRANCES GALLAGHER, infirmière P.H.D., professeure au Département des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, CLSC de Sherbrooke.

Gilberte Poirier, chef bibliothécaire, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Hélène Bélanger-Bonneau, médecin-conseil, Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

LYNA BOLDUC, infirmière B.Sc., M.A.P., Agente régionale du programme, Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Québec.

LYNNE MICHAUD, B.Sc. T.S., Centre de santé de la MRC de Coaticook.

MARC JALBERT, propriétaire du Maxi-Club, Centre médico-sportif, Sherbrooke.

MARC VALLÉE, pharmacien, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

MARIO WILHELMY, médecin, Responsable du Centre de réadaptation cardiaque Procoeur, Magog, directeur des services professionnels au Centre de santé Memphrémagog.

MARTIN TURGEON, pharmacien, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

NICOLE BOLDUC, infirmière clinicienne, directrice des services infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, professeure adjointe, Département des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

NICOLE CHARLAND, B.Sc. D.T.P., Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

THÉRÈSE OUELLET, Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Québec.

PATRICK FARRAS, B.Sc. Kin., Maxi-Club, Centre médico-sportif, Sherbrooke.

PIERRE NOËL, B.Sc. Inf., assistant au supérieur immédiat à l'équipe de base en santé mentale et aux services de l'accueil, CLSC de Sherbrooke.

SYLVIE GAGNON, médecin cardiologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, professeur à la Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

MEMBRES DU COMITÉ D'ORIENTATION SUR LES MALADIES CHRONIQUES / HABITUDES DE VIE

ALAIN BARBEAU, coordonnateur des programmes communautaires, préventifs et services courants, CLSC – CHSLD du Haut-St-François.

CLAIRE GIGUÈRE, chef de programme (S.C., S.M. et E.J.E.), Carrefour santé du Granit.

DENYSE VINCENT, chef de programme, CLSC – CHSLD du Haut-St-François

ÉDITH COUTURE, agente de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

ESTHER PAQUETTE, chef de programme, Centre de santé Memphrémagog.

FRANCE SIMONEAU, conseillère aux établissements, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

HÉLÈNE BÉLANGER-BONNEAU, médecin, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

JEANNE DION, responsable des soins infirmiers, Centre de santé de la MRC de Coaticook.

JOHANNE BOLDUC, chef de programme, Centre de santé de Coaticook.

JOSÉE BERNIER, chef administratif de programmes, Centre de santé de la MRC d'Asbestos.

LINDA CORMIER, chef clinico-administrative du programme clientèle en cardiorespiratoire, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont.

LINDA DIELEMAN, agente de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

LOUISE GAGNON, chef administratif de programmes, Carrefour santé et services sociaux du Val Saint-François.

MADELEINE BOUSQUET, chef de programme, Centre de santé Memphrémagog.

MARIE-FRANCE FOURNIER, agente de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

PIERRE-ANDRÉ RAINVILLE, directeur des programmes de santé physique et des services hospitaliers, Centre de santé de la MRC d'Asbestos.

SYLVIE HINSE, chef de programme (APG), CLSC de Sherbrooke.

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE PROGRAMMATION CLINIQUE EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

DIANE DURANLEAU, infirmière, CLSC – CHSLD du Haut-St-Francois

DANIEL LUSSIER, infirmier, CLSC de Sherbrooke

ÉLISABETH TURGEON, B.Sc. Kin., Programme CHUS ACTIF, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

HÉLÈNE BÉLANGER-BONNEAU, médecin, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

JOHANNE BOLDUC, coordonnatrice au soutien à domicile, Centre de santé de la MRC de Coaticook

LINDA CORMIER, chef clinico-administrative du programme clientèle en cardiorespiratoire, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont.

LOUISE RIVARD, agente de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

SYLVIE HINSE, chef de programme APG (adulte population en général), CLSC de Sherbrooke

SYLVIE LIRETTE, infirmière chef de la courte durée, Centre de santé du Granit

SYLVIE MOREAU, chef de programme PPA (personnes en perte d'autonomie), Centre de santé Memphrémagog

TABLE DES MATIÈRES

PROGRAMME D'INTERVENTION EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE 1
- **Avant-propos** 1
- **Mise en contexte** 2

VOLET RÉADAPTATION CARDIAQUE 4
- **La clientèle cible** 4
- **Assises du volet réadaptation** 5
  - *Centré sur la clientèle* 5
  - *Intégration au réseau de soins et de services de santé et une mise en réseau efficace* 5
  - *Gestion par résultats* 6

OBJECTIFS DU PROGRAMME EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE 8
- **Objectifs spécifiques du participant et de ses proches** 9
  - *Sur le plan psychosocial* 9
  - *Sur le plan des habitudes de vie* 10
  - *Sur le plan biologique* 10

MODÈLE GÉNÉRAL D'INTERVENTION 12
- **Phases du programme** 12
- **Phase préalable à l'entrée** 12
- **Recrutement de la clientèle** 13
- **Évaluation préprogramme** 14
- **Phase de réadaptation active** 14
- **Phase de maintien** 15

STRUCTURE DU PROGRAMME 16
- **Description des étapes** 16
  - *Étape 1* 16
  - *Étape 2* 17
  - *Étape 3* 17

RESPONSABILITÉS ET RÔLES DE L'INTERVENANT PIVOT 18

RÔLES DES AUTRES INTERVENANTS 20

MÉCANISMES DE LIAISON 21
- **Mécanismes existants dans la région 05** 21

SIGLES ET ABRÉVIATIONS 22

ANNEXES

Annexe 1 *Qu'est-ce qu'un réseau de soins et de services de santé* 23
Annexe 2 *Stratégies de l'Organisation mondiale de la santé « Vers l'unité pour la santé »* 25
Annexe 3 *Modèle de Prochaska* 27

RÉFÉRENCES 30

PROGRAMME RÉGIONAL DE SERVICES EN SANTÉ CARDIAQUE

Avant-propos

Ce document présente le volet de *réadaptation cardiaque* du Programme régional en santé cardiaque. Ce volet vient s'ajouter à d'autres programmes en cours, tel le Programme régional intégré de services préventifs en regard des maladies chroniques/habitudes de vie en CLSC, ou à venir, tel le programme touchant l'insuffisance cardiaque. À cet effet, il a été conçu et planifié de manière à s'inscrire dans une vision et une démarche intégratives globales, celles des maladies chroniques mettant une emphase sur les habitudes de vie ainsi que sur la capacité et les habiletés des individus à prendre adéquatement en charge leur santé.

Les stratégies ainsi proposées dans ce document cherchent à éviter le développement isolé ou *en silo* du volet de réadaptation cardiaque tout en ouvrant la porte aux interventions diversifiées, complémentaires et concertées des divers acteurs concernés non seulement par les maladies cardiaques, mais aussi pour l'ensemble des maladies cardiovaculaires, le diabète, les maladies pulmonaires, le cancer, et autres. En somme, l'approche sous-jacente utilisée permet d'optimiser les ressources aux niveaux organisationnel, fonctionnel et clinique. Cela évite le morcellement ainsi que le cloisonnement et la duplication des services et favorise un lien instigateur entre les différentes pratiques cliniques tout en consolidant et bonifiant les interventions individuelles.

La présente programmation de réadaptation cardiaque repose sur certaines valeurs : l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la proximité des services à partir de la perspective clientèle. Le tout se faisant dans un engagement et une responsabilité partagés des divers acteurs du réseau de la santé, mais aussi des milieux de vie et ce, dans le respect des partenaires et des missions des établissements, qu'ils soient publics ou privés.

Les expériences acquises par la mise en œuvre de deux projets des Fonds d'adaptation des services de santé (les expériences vécues dans les régions de Québec et du Saguenay-Lac-St-Jean) confirment, entre autres choses, la pertinence d'offrir une trajectoire élargie de services de réadaptation intégrés pour les maladies cardiaques, *décentrés à une échelle locale* et dont l'organisation originale vise à renforcer le potentiel des individus et à optimiser leur santé. Dans le cadre des présents travaux, nous nous sommes grandement inspirés, avec leur autorisation, du programme *Traité Santé* de la région de Québec.[1]

Finalement le présent document n'est pas un plaidoyer justifiant *le pourquoi* d'un programme de réadaptation cardiaque en Estrie. Il vise le *comment*.

Mise en contexte

Les maladies cardiovasculaires : un impact considérable sur la santé des Estriens et sur le système de santé

Les maladies cardiovasculaires (MCV) ont un impact considérable sur la santé des Estriens étant parmi les principales causes de mortalité, de morbidité, d'invalidité, mais aussi d'utilisation des services de santé[2]. Chaque semaine, en 1998-1999, 15 personnes décédaient d'une MCV en Estrie et 110 étaient hospitalisées dont 12 pour un infarctus du myocarde!

Les MCV constituent la première cause de mortalité avec, en 1998-1999, 34 % de tous les décès; les cardiopathies ischémiques en tête de liste. En 1998-1999, 129 hommes et 96 femmes sont décédés d'un infarctus du myocarde. Même si le taux de mortalité diminue, il en demeure pas moins que les MCV tuent prématurément exerçant ainsi un impact significatif sur l'espérance de vie des Estriens. Par ailleurs, si la mortalité diminue, un nombre grandissant de personnes vivent avec une MCV avec tous les impacts que cela peut occasionner au niveau de la qualité de leur vie et celle de leurs proches. Les MCV constituent la deuxième cause d'incapacité à long terme. Notons que selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes[3], environ 6 % des hommes et 4 % des femmes de l'Estrie comme du Québec déclarent souffrir d'une MCV. Considérant le vieillissement de la population et l'augmentation de la consommation individuelle des services de santé chez cette clientèle, le développement des technologies ainsi que l'accroissement du taux de survie après une maladie ischémique, il est plausible d'affirmer que ce nombre va continuer d'augmenter. À la lumière de ces données, il n'est donc pas étonnant que la problématique des MCV soit reconnue comme prioritaire depuis 1986 par toutes les MRC de l'Estrie et se classe au premier rang des priorités régionales.[4]

En terme d'utilisation de services, les MCV sont de loin la première cause pathologique d'hospitalisation en Estrie (21,5 %) comme au Québec (19,7 %) avec, en tête de liste encore une fois, les cardiopathies ischémiques. En Estrie, on dénombre annuellement environ 3 200 hommes et 2 500 femmes hospitalisés pour une MCV[5].

Il est à souligner que les MCV sont en grande partie évitables par la modification des facteurs de risque. Les facteurs de risque biologiques (dyslipidémie, hypertension, diabète, obésité), les habitudes de vie ou les comportements (tabagisme, régime alimentaire nuisible pour la santé, inactivité physique) ainsi que des facteurs de risque psychologiques et socio-économique sont étroitement liés aux MCV ischémiques.[6]

Les maladies cardiovasculaires : un défi de taille pour nos réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

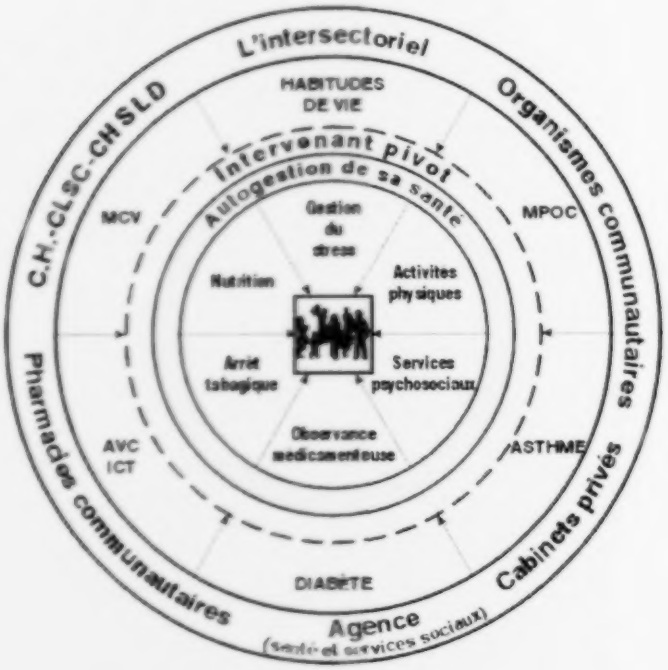
Actuellement, outre de prévenir le développement des MCV, un des grands défis de notre système de santé est de réduire le coût global des soins aux personnes atteintes de maladie cardiaque en prévenant complications, réhospitalisations et visites à l'urgence tout en améliorant la qualité de vie de cette clientèle.

Centrée sur la personne, une approche globale aux MCV doit optimiser l'accessibilité, la complémentarité la proximité et la qualité d'un éventail de soins et services curatifs et de réadaptation tenant compte des besoins de la clientèle et disponibles dans chacun des territoires de la région 05. L'atteinte de cet objectif, tout comme ceux reliés à la globalité, à la continuité et à la proximité des soins ainsi qu'à la complémen-

tarité interétablissement et interdisciplinaire des services, s'effectue par la mise en place de mécanismes efficaces d'intégration/coordination des soins et services à l'intérieur et à l'extérieur des institutions (CH, cabinets privés, CLSC et pharmacies communautaires) par des professionnels de la santé et la personne elle-même ainsi que ses proches. La mise en place de mécanismes de liaison, de communication et d'échange d'information représente une condition nécessaire à l'atteinte des objectifs visés par ce programme.

Ainsi l'approche préconisée place la personne participante au centre de tous les processus. Ses besoins et sa condition déterminent son programme. Une vision *communautaire* avec des services le plus près possible du lieu de résidence de l'individu est prônée. Cette vision se veut centrée sur la réadaptation dans une approche globale et non compartimentée via un réseau intégré de soins et de services en santé cardiovasculaire.

MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES



VOLET RÉADAPTATION CARDIAQUE

(DEFINITION, CLIENTELE ET ASSISES)

La réadaptation cardiaque constitue une partie importante d'un plan de traitement efficace pour freiner l'évolution des la maladie , augmenter la capacité fonctionnelle des porteurs de ces dites maladies et, par le fait même, améliorer la qualité de vie.[7]

La réadaptation : une définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la réadaptation comme l'ensemble des activités permettant aux personnes aux prises avec une affection chronique de profiter des meilleures conditions physiques, mentales et sociales possibles, de sorte qu'elles puissent reprendre par elles-mêmes une place aussi normale que possible dans la société et mener une vie active.

Cette définition se situe dans le cadre des orientations ministérielles en déficience physique qui s'appuient elles-mêmes sur le concept de processus de production des handicaps, concept proposé par l'OMS en 1980 et mis au point par la Société canadienne de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH).

Ce n'est pas tant la déficience (maladie) et ses incapacités (séquelles) qui sont importantes, mais le niveau de handicap qui est déterminé par l'adaptation à la maladie. Le handicap semble être un meilleur indicateur de la récupération de la qualité de vie et de la réintégration au travail.

En Estrie, l'équipe de programmation clinique en santé cardiaque retient cette définition de la réadaptation cardiaque :

> *La réadaptation cardiaque est la somme coordonnée des interventions requises pour s'assurer des meilleures conditions physiques, psychologiques et sociales afin que les patients avec une maladie cardiovasculaire chronique ou en post événements (aigus) puissent, par leurs propres efforts, conserver ou reprendre leur fonctionnement optimal dans la société et ce, au travers de comportements de vie sains pour améliorer, réduire ou renverser la progression de la maladie cardiovasculaire*[8].

Clientèle cible

Le programme vise à rejoindre, dans leur milieu de vie, les personnes atteintes d'une maladie cardiaque et leurs proches dont le diagnostic principal se retrouve parmi les suivants :

- infarctus du myocarde,
- angine de poitrine,
- post-pontage aorto-coronarien,
- insuffisance cardiaque compensée,
- post-angioplastie avec ou sans tuteur.

Par ailleurs, les personnes devront avoir :

- un suivi médical actif (les personnes sans suivi médical seront refusées).
- les capacités d'apprentissage requises pour participer au programme.
- la motivation à s'engager dans une démarche de réadaptation incluant minimalement un volet du programme.

Les proches des personnes atteintes constituent également une clientèle importante pour le programme.

À noter :

1- Dans l'éventualité de listes d'attente, il sera nécessaire d'établir des critères de sélection en fonction de la condition médicale de la clientèle.

2- en présence de situations où la clientèle présente deux facteurs de risque ou plus, cette dernière peut être considérée admissible au programme après discussion avec le médecin référant, surtout lorsque la stratification indique un risque lors de l'activité physique.

Assises du volet réadaptation

Le programme s'appuie sur les assises suivantes :

- ***Centré sur la clientèle***

Le programme est centré sur les besoins de la clientèle. Le patient et sa famille sont au cœur des interventions. Les services et interventions, provenant du public comme du privé, doivent graviter vers eux avec comme constantes : l'accessibilité, la complémentarité et la proximité de l'offre de service. La qualité et l'équité des services (le programme doit être accessible à tous et toutes, sans égard au milieu de vie) doivent constituer d'importantes préoccupations.

Différentes approches, autant individuelles que de groupe, seront utilisées pour répondre aux besoins de la clientèle. Par exemple, une personne qui préférerait un programme de marche à la maison plutôt qu'en groupe, ou une personne avec un IMC plus grand que 30, bénéficierait d'un suivi individuel avec un ou une nutritionniste en plus des sessions de groupe.

- ***Intégration au réseau de soins et de services de santé et une mise en réseau efficace***

La mise en place du programme de réadaptation doit se faire d'une part en s'intégrant harmonieusement à la réalité des réseaux de santé de chacun des territoires et, d'autre part, en suivant certains principes essentiels pour réaliser une mise en réseau efficace des services et des interventions afin d'atteindre les cibles visées d'accessibilité, de continuité et de complémentarité. Soulignons que la collaboration entre tous les partenaires des réseaux de soins est essentielle pour y arriver.[9] De la littérature, certains éléments constituent des composantes essentielles pour le programme, soit : une porte d'entrée unique, la gestion par cas effectuée par un intervenant pivot et un plan de service individualisé. Ils sont définis comme suit :

- une **porte d'entrée unique** : un guichet commun où la demande est traitée, dirigée vers l'intervenante ou l'intervenant pivot territorial.

- la **gestion par cas** : une intervenante ou un intervenant pivot identifie les besoins de la personne référée et, dans un processus intégré, verra à satisfaire ses besoins spécifiques avec les ressources disponibles.

- le **plan de service individualisé** : un instrument de planification et de coordination commune à la personne participante et aux intervenants et intervenantes concernant les objectifs prioritaires répondant aux besoins de celle-ci, les services requis et la durée prévisible.

Les portes d'entrée du programme de réadaptation proposées sont :

- tous les CLSC de la région 05,
- le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

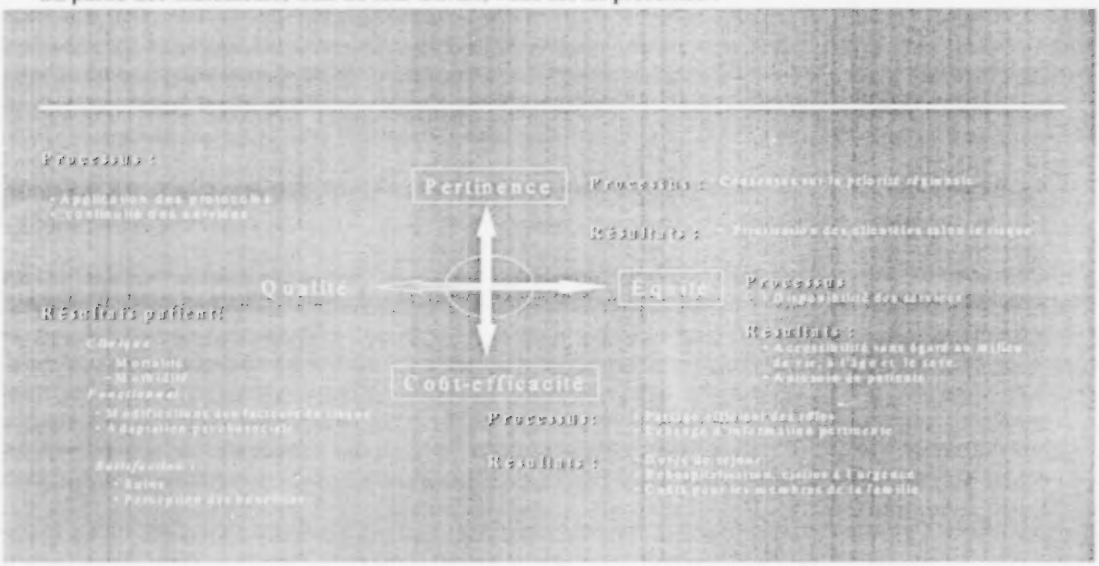
Pour une définition plus complète d'un réseau de soins et de services (voir annexe 1).

• *Gestion par résultats*

Nous ne pouvons parler d'implantation de programme sans parler de performance. La mesure de la performance, tant au niveau organisationnel que clinique, se traduit par un choix d'indicateurs qui ont été définis à partir de valeurs édictées par la stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « Vers l'unité pour la santé »,[10] acceptée comme guide par le Comité régional en santé cardiovasculaire, en octobre 2002.

Un groupe de personnes à comparer et contraster les principes de cette stratégie aux éléments d'un programme en réadaptation cardiaque. (Vous référez à l'annexe 2 pour plus de détails sur la stratégie).

La partie des indicateurs, fruit de leur travail, vous est ici présentée :



Adaptation faite par Nicole Bolduc, Danielle St-Louis et Dr Paul Grand'Maison, avec l'accord de Charles Boelen.[11]

- la **gestion par cas** : une intervenante ou un intervenant pivot identifie les besoins de la personne référée et, dans un processus intégré, verra à satisfaire ses besoins spécifiques avec les ressources disponibles.

- le **plan de service individualisé** : un instrument de planification et de coordination commune à la personne participante et aux intervenants et intervenantes concernant les objectifs prioritaires répondant aux besoins de celle-ci, les services requis et la durée prévisible.

Les portes d'entrée du programme de réadaptation proposées sont :

- tous les CLSC de la région 05,
- le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

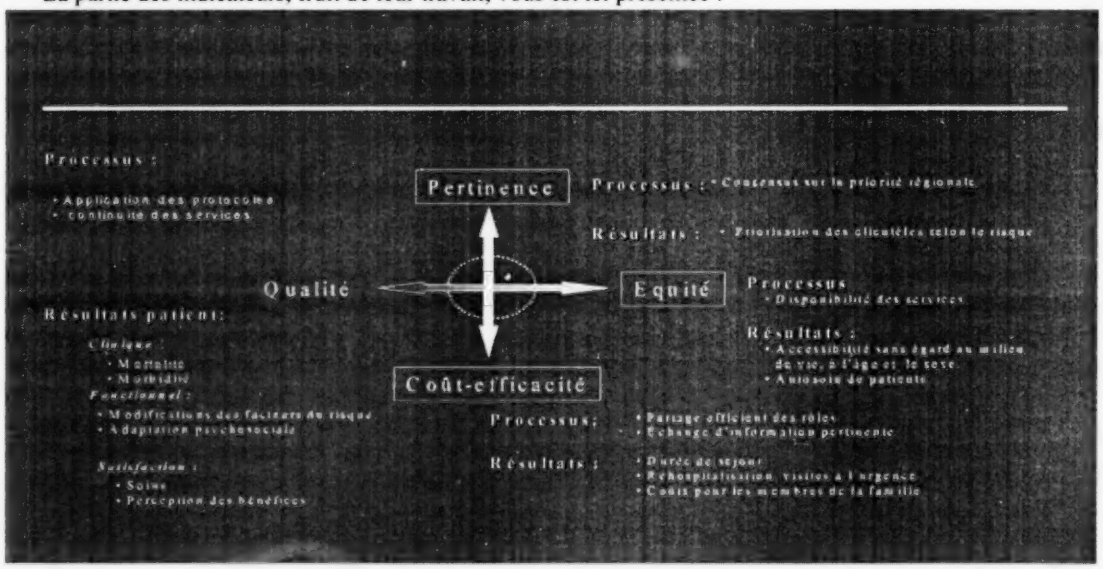
Pour une définition plus complète d'un réseau de soins et de services (voir annexe 1).

• *Gestion par résultats*

Nous ne pouvons parler d'implantation de programme sans parler de performance. La mesure de la performance, tant au niveau organisationnel que clinique, se traduit par un choix d'indicateurs qui ont été définis à partir de valeurs édictées par la stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « Vers l'unité pour la santé »,[10] acceptée comme guide par le Comité régional en santé cardiovasculaire, en octobre 2002.

Un groupe de personnes à comparer et contraster les principes de cette stratégie aux éléments d'un programme en réadaptation cardiaque. (Vous référez à l'annexe 2 pour plus de détails sur la stratégie).

La partie des indicateurs, fruit de leur travail, vous est ici présentée :



Adaptation faite par Nicole Bolduc, Danielle St-Louis et Dr Paul Grand'Maison, avec l'accord de Charles Boelen.[11]

- ***Approche adaptée à l'individu qui permet d'identifier et d'intervenir selon le niveau de motivation de la personne***

Le programme vise la réadaptation des gens aux prises avec un problème cardiaque afin qu'ils adoptent des changements de comportements en s'habilitant à prendre adéquatement leur santé en charge et en modifiant leurs facteurs de risque, plus particulièrement leurs habitudes de vie. Citons : le tabagisme, la sédentarité et la mauvaise alimentation, mais aussi l'obésité, la dyslipidémie, l'hypertension, le stress ainsi que la glycémie capillaire élevée.

Afin d'optimiser l'acquisition des connaissances, de nouvelles attitudes et de meilleurs comportements, l'approche utilisée auprès des individus doit permettre d'identifier et d'intervenir selon le niveau de motivation de la personne.[12] À cet effet, les interventions planifiées découleront du modèle de Prochaska (annexe 3), modèle de changements comportementaux, dérivé du Health Belief Model[13] de la théorie de l'auto-efficacité[14] et du concept « Health Locus of Control » : foyer de contrôle interne et externe.[15]

Prochaska[16] nous propose une spirale du changement qui nous indique les différentes phases où l'individu se situe. Pour chacune des phases, il propose des interventions d'enseignement et de soutien adaptées.

Objectifs du programme de réadaptation cardiaque

Les buts visés par la réadaptation cardiaque sont le rétablissement des meilleures conditions physiologiques, psychologiques et professionnelles possibles et la diminution du risque de mort et de nouvel infarctus.[17]

Les programmes de réadaptation cardiaque sont conçus pour aider les personnes atteintes de maladie cardiaque en leur offrant diverses stratégies de réduction de leurs facteurs de risque (tels l'inactivité physique, le régime alimentaire riches en lipides, le poids, l'hypertension, le stress et le tabagisme).[18]

Ces dernières années, les techniques de revascularisation et la mobilisation précoce ont accéléré le processus de rétablissement après un événement cardiaque. Par le fait même, la durée de séjour à l'hôpital a diminué et aussi le temps disponible pour la personne participante et ses proches pour assimiler l'information qui favoriserait la prise en charge de sa santé et de sa nouvelle condition clinique. Ceci justifie la pertinence du programme.

Pour le participant ou la participante	Pour le système de santé et pour la société
Sur les plans professionnel et psychosocial • Éviter que la maladie conduise à l'invalidité. • Réduire les conditions défavorables à la prise en charge, tel que : les facteurs risquant de créer des incapacités ou des handicaps. • Assurer le maintien nécessaire aux proches des participants, tant pour leur rôle d'aidant que pour leurs propres besoins. **Sur le plan biologique** • Stabiliser la maladie. • Ralentir ou interrompre la progression de la maladie athérosclérotique ou encore en favoriser la régression. • Diminuer le risque de mort ou de nouvel événement cardiaque par une meilleure gestion des facteurs de risque. • Améliorer la santé de la personne et sa capacité physique au travail.	• Conforme aux normes et consensus les plus récents dans le domaine, rendre accessible un programme en santé cardiaque intégré et innovateur, implanté en partenariat dans toutes les MRC de la région 05. • Favoriser une approche réseau. • S'assurer que les personnes atteintes de maladie cardiaque soient le plus actives possibles dans la société. • Assurer une gestion efficace du programme aux plans local et régional. • Diminuer le recours aux infrastructures et services « lourds » du système de santé. • Diminuer de 30 % le recours aux services d'urgence ainsi que le recours à l'hospitalisation.

Objectifs spécifiques du programme

- ***Pour les personnes participantes et leurs proches***

L'approche du programme est globale et vise l'atteinte d'un ensemble d'objectifs de différentes natures pour les participants, participantes et leurs proches.

Des objectifs (critères de réussite) sont proposés sur trois plans :

- le plan psychosocial,
- le plan des habitudes de vie,
- le plan biologique.

Ces trois plans d'objectifs sont interreliés. Par exemple, l'atteinte d'objectifs sur le plan des habitudes de vie, tels qu'inclure l'activité physique dans son quotidien, ou diminuer sa consommation de sel, influence l'atteinte d'objectifs sur le plan biologique, comme abaisser sa tension artérielle.

C'est la personne participante qui détermine elle-même son niveau souhaité d'atteinte de résultats, ses stratégies et ses critères de réussite.

SUR LE PLAN PSYCHOSOCIAL

- D'abord s'assurer de l'absence de conditions psychologiques et sociales aiguës qui pourraient enfreindre l'implication du patient ou de la patiente et de ses proches au programme de réadaptation cardiaque (dépression, déni sévère, incapacités transactionnelles, difficultés graves d'adaptation, etc.)

- Reconnaître les signes avant-coureurs de la détresse psychologique.

- Améliorer chez la personne participante le degré de confiance en soi et en ses capacités en augmentant la compréhension de sa maladie.

- Susciter l'engagement de la famille et des proches.

- Initier la reprise des rôles sociaux.

- Améliorer la perception du niveau d'efficacité personnelle.

- Outiller, éduquer, sensibiliser la personne à la gestion du stress.

- Favoriser l'implication sociale.

- Favoriser le retour au travail.

SUR LE PLAN DES HABITUDES DE VIE

- Maintenir le niveau d'autonomie des personnes atteintes de maladie cardiaque et l'augmenter si possible.
- Viser la cessation tabagique.
- Améliorer les habitudes alimentaires.
- Augmenter la pratique régulière d'activités physiques.
- Augmenter l'observance aux traitements pharmacologiques et autres en augmentant la compréhension de la maladie

SUR LE PLAN BIOLOGIQUE*

- Optimiser la capacité physique fonctionnelle afin de permettre :
  - la réalisation d'activités de la vie quotidienne;
  - la pratique de loisirs actifs de façon sécuritaire et le retour au travail;
- Améliorer le profil lipidique;
- Diminuer la circonférence abdominale;
- Abaisser l'indice de masse corporelle (IMC);
- Diminuer la tension artérielle au repos et à l'effort;
- Contrôler la glycémie capillaire.

- ***Pour les organisations***

L'ensemble des réseaux locaux de services sociaux et des services de santé et leurs mandataires devront s'assurer que :

- les personnes hospitalisées pour des problèmes engendrés par les maladies cardiaques soient informées du programme et sollicitées à y participer.
- l'offre de service de réadaptation à la personne atteinte et à ses proches repose sur une évaluation objective tenant compte de leurs besoins et attentes.
- les partenaires du programme partagent une vision commune concernant la réadaptation.

---

* Voir section « Outils », Calcul des risques pour la santé cardiaque : cibles à atteindre

- des mécanismes formels d'accompagnement continu, soutenus par des mécanismes efficaces de liaison, soient mis en place et consolidés afin d'assurer la continuité des services à toutes les étapes de la réadaptation.

- tout au long du continuum soient pris en compte les besoins de la personne, mais aussi les besoins de ses proches, tant comme clients eux-mêmes que comme aidants.

- le programme soit offert de façon équitable et le plus près possible du milieu de vie de la personne.

- des groupes de soutien et d'entraide soient mis en place ou consolidés dans la communauté.

- un mécanisme régional soit consolidé afin de coordonner le programme et d'en faciliter la mise à jour et l'évaluation des résultats.

- un mécanisme régional des activités de soutien et de formation aux intervenants, intervenantes soit mis en place.

- la promotion de tous les aspects du programme (philosophie, contenu, contribution attendue, modalités d'accès et de liaison) soit faite à tous les niveaux de services.

- les personnes intervenantes directement engagées dans le programme soient formés à l'approche globale de soutien aux participantes et participants proposée dans le programme, aux compétences relatives au « contrat thérapeutique » et aux contenus de base des différents éléments du Programme (nutrition, activité physique, échelle de perception de l'effort de Borg, prise de la fréquence cardiaque, méthode pour diminuer le stress, cessation tabagique et counseling).

- le programme pour personnes atteintes de maladie cardiaque soit arrimé aux autres activités d'organisation de services de santé sur le territoire.

- ***Pour l'ensemble du réseau de la santé***

Dans une perspective de performance, la mise en place d'un tel programme vise à réduire :

- la proportion de récidives chez les personnes atteintes de maladie cardiaque.
- le nombre de consultations à l'urgence.
- le taux d'hospitalisation des personnes participantes au programme.
- les durées de séjour liées aux problèmes engendrés par les maladies cardiaques.
- le taux de mortalité et de morbidité de cette clientèle.

Modèle général d'intervention

Aux fins de planification, le programme est découpé en quatre phases regroupant chacune un ensemble de services que reçoit chronologiquement la participante ou le participant au programme et qui doivent être planifiées et organisées. Ces phases sont les suivantes :

1) préalable à l'entrée,
2) évaluation préprogramme,
3) réadaptation active,
4) maintien.

Les phases décrites ne sont ni étanches ni linéaires, mais elles facilitent la compréhension du programme, sa planification et sa mise en œuvre.

La présente section comporte un sous-chapitre par rapport à chacune des phases et aux services à organiser compte tenu du cheminement de la personne participante. Elle comporte aussi des informations sur les mécanismes de liaison qui constituent un élément clé du succès du programme.

Phases du programme

Les phases décrites dans cette partie du document concernent le *Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladie cardiaque ischémique*, énumérées dans la clientèle cible. Ce programme est intimement lié (arrimé et offert en continuité) aux autres activités du réseau de santé du territoire et aux autres programmes spécialisés rattachés aux maladies cardiaques. Les divers types de services, de première ligne et spécialisés, touchent souvent une partie de la même clientèle à des moments différents.

Phase préalable à l'entrée

Les personnes participantes au programme doivent satisfaire à trois critères : avoir un diagnostic énuméré dans la clientèle cible, être suivies par un médecin (omnipraticien ou cardiologue) et être motivées à s'engager activement dans un processus de réadaptation dans le but d'améliorer leur qualité de vie.

Recrutement de la clientèle

Les activités de recrutement visent à déterminer quelles personnes atteintes d'une maladie cardiaques sont susceptibles de bénéficier du programme de réadaptation.

Tableau 2

Recrutement pour les clientèles ciblées dans le cadre du Programme réadaptation cardiaque

Quand ?	Effectué au cours de l'hospitalisation pour cause de maladie cardiaque ou à l'occasion d'activités dans la communauté y comprit visite du médecin de famille ou tout autre professionnel de la santé.
Quoi ?	Est alors identifiée la motivation de la personne à participer au programme.
Par qui ?	Au moment de l'hospitalisation pour cause de MCV, la personne participante est recrutée par le médecin, une infirmière ou tout autre intervenant. Dans la communauté, le recrutement se fait principalement par : ♦ un médecin (en CLSC, en cabinet médical ou dans le contexte de consultations externes en CH); ♦ un infirmier ou une infirmière du CLSC (programmes SSC, SAD et autres programmes ou cliniques spécialisés); ♦ un pharmacien ou une pharmacienne du territoire; ♦ un ou une nutritionniste; ♦ un intervenant ou une intervenante en activité physique; ♦ tout autre professionnel de la santé.
Outils	**Les documents suivants peuvent être utilisés pour la référence de la personne :** ♦ ordonnance médicale. ♦ documents informatiques (liaison). ♦ formulaires de référence. ♦ autres.

Évaluation préprogramme

Durant cette phase, la personne atteinte est guidée vers le choix de se prendre en charge et des moyens adaptés à ses besoins lui sont proposés pour lui venir en aide dans ce cheminement. Cette phase débute à l'occasion du premier contact formel avec une intervenante ou un intervenant de la santé qui connaît le programme et qui l'explique à la personne participante. Lorsque celle-ci accepte de s'engager dans une démarche de réadaptation afin d'améliorer sa qualité de vie, la ou le professionnel établit la référence vers la personne intervenante pivot du CLSC du territoire concerné ou la personne intervenante pivot du Programme CHUS-ACTIF

La future personne participante a été informée du programme, de la philosophie qui le sous-tend et des critères de participation. Elle a l'intérêt à se prendre en charge. La phase d'entrée dans le programme se termine au moment où la personne s'engage à se prendre en charge sur au moins un facteur de risque

Les interventions en réadaptation se déroulent essentiellement dans la communauté pour toutes les clientèles. Les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes et permettent rarement de commencer le programme de réadaptation. Il faut cependant le présenter pendant le séjour hospitalier et orienter vers l'intervenant ou l'intervenante pivot la personne intéressée à entreprendre une démarche en réadaptation dans son territoire local. Un mécanisme adéquat de liaison assure le transfert du dossier à l'intervenant ou l'intervenante pivot du territoire désigné qui, par la suite, prendra contact avec la personne afin de planifier un premier rendez-vous. De plus l'intervenant ou l'intervenante pivot s'assurera qu'une épreuve d'effort a été faite depuis moins de quatre mois. Sinon, il ou elle en informera le médecin traitant afin qu'elle soit prescrite.

La stratification sera établie selon des critères standards et un formulaire sera distribué à tous les médecins afin d'uniformiser la stratification. (Voir section outils) Ce document est produit par D^re^ Sylvie Gagnon, cardiologue au CHUS. (Les omnipraticiens de la région 05 seront formés à l'utilisation de cet outil).

Phase de réadaptation active

Cette phase est considérée comme faisant partie du programme actif puisque la personne participante s'engage formellement à se prendre en charge et à changer au moins un comportement modifiable. Elle doit aussi prendre des engagements précis en ce qui concerne l'atteinte d'objectifs et l'utilisation des moyens pour y parvenir et ce, dans le cadre d'un plan de service individualisé défini dans le temps et négocié avec les intervenants et intervenantes de la santé et, si possible, avec ses proches. Ce PSI (voir section outils) sera débuté avec la personne participante lors de la première rencontre avec l'intervenante ou l'intervenant pivot. Il déterminera quel est le but visé du PSI et quelles sont les manifestations des problèmes ainsi que la source de difficulté. Avec l'aide de l'intervenante ou de l'intervenant pivot, la personne participante précisera quels sont les résultats attendus de l'intervention. Par la suite, chaque intervenant ou intervenante déterminera avec le participant ou la participante les moyens pour atteindre ses objectifs. Cette notion de contrat stimule et confirme l'engagement et l'auto-prise en charge de la personne inscrite au programme. Précisons qu'au-delà de ces engagements, la personne participante poursuit son suivi médical avec son médecin traitant de façon continue. Il s'agit de l'engagement minimal. L'approche proposée s'appuie sur le respect des besoins et des intérêts du participant tout en tenant compte des facteurs qui facilitent ou rendent plus difficile sa prise en charge. L'individu et les circonstances évoluant, d'autres objectifs de résultats peuvent être ajoutés au plan d'action en cours de route. Des objectifs plus particuliers peuvent aussi s'ajouter en fonction des problèmes de santé des individus. La personne sera alors dirigée, au besoin, vers les professionnels concernés.

La phase active de réadaptation a une durée déterminée d'environ douze semaines et varie selon la personne participante et en fonction de l'atteinte ou non des objectifs qu'elle s'est fixés. La mise à jour du plan de service individualisé et l'orientation vers les différents services de réadaptation sont assurées par l'intervenante ou l'intervenant pivot. D'autres professionnels peuvent également diriger la personne vers les autres ressources tout au long du cheminement de réadaptation. Des mécanismes de liaison formels facilitent la coordination des épisodes de services pour le participant ou la participante.

Phase de maintien

Cette phase débute après la réalisation du contrat de réadaptation, soit à l'atteinte des objectifs fixés par la personne participante. Le plan d'action de cette phase est établi en fonction du déroulement de la phase active de réadaptation. Certains participants auront besoin de poursuivre des activités précises offertes par des services s'adressant aussi à la population en général, comme des activités physiques organisées ou des cours de cuisine communautaire. Un nouveau comportement est considéré comme acquis après dix-huit mois de maintien.

Un mécanisme de relance téléphonique planifié et coordonné aide la personne dans les changements qu'elle a amorcés et la motive davantage à continuer. Ces relances sont personnalisées en fonction de chacun, chacune et peuvent être faites par la personne intervenant pivot. Idéalement, les relances devraient avoir lieu à six semaines, trois mois, six mois et un an après la fin du programme. Ces relances ont une durée approximative de 20 minutes. (Voir section outils, la grille de relance téléphonique).

Les relances facilitent les références et le transfert de l'information, et peuvent éventuellement mener la personne à participer à nouveau à une activité du programme, de façon ad hoc, un peu à titre d'ancien. Dans certains cas, il faut aider la personne à se mobiliser davantage en l'amenant à s'inscrire à nouveau dans un processus de réadaptation actif, ce qui lui permettra d'améliorer sa condition cardiaque. La personne participante doit aussi pouvoir contacter l'intervenant ou l'intervenante pivot du programme en cas de besoin.

Structure du programme

Le modèle d'intervention en réadaptation cardiaque est un processus constitué d'un ensemble intégré d'activités thérapeutiques. Ces activités sont amorcées le plus tôt possible afin d'optimiser l'autonomie fonctionnelle de la personne, de restaurer son équilibre biopsychosocial et de réduire les facteurs de risque modifiables associés à la maladie. Afin d'en maximiser l'efficacité, le programme de réadaptation pour la personne atteinte de maladie cardiaque doit comporter un counseling individuel, des interventions éducatives multidimensionnelles ainsi que la pratique régulière d'activités physiques adaptées.

Ce modèle est évolutif et doit respecter à la fois les besoins et l'environnement du participant et de la participante. Le programme se divise en trois grandes étapes :

1) processus d'évaluation des besoins du participant et définition du contrat de réadaptation;
2) réalisation du contrat de réadaptation;
3) réévaluation des besoins du participant.

Description des étapes

Étape 1

Au moment des premiers contacts avec un intervenant de la santé qui mèneront à la référence

Il n'est pas nécessaire, à cette étape, de définir chacun des aspects de l'état de santé et des facteurs de risque de la personne participante. Il faut savoir si celle-ci correspond aux critères d'inclusion du programme et évaluer si elle a la motivation pour changer au moins un comportement modifiable. Ici l'approche Prochaska est fortement recommandée. À cette étape, il s'agit plutôt d'avoir les données et l'information utiles pour éclairer et soutenir le passage à l'action, ou pour expliquer les conséquences de l'inaction.

Processus d'évaluation des besoins du participant et définition du contrat de réadaptation

Au cours d'une première rencontre (durée moyenne de 60 minutes). L'infirmière ou l'infirmier intervenant pivot procède à la collecte de données et commence l'enseignement sur les manifestations de la maladie et sur quelques facteurs de risque ainsi que sur la connaissance de la médication. Il ou elle débute le Plan de Services Individualisés (PSI) Ensuite, il ou elle procède à l'orientation vers les services considérés comme prioritaires selon les besoins de la personne participante, soit des services du territoire local ou régional au besoin (services de nutrition, programme d'enseignement de groupe, Clinique d'abandon tabagique (CAT), activité physique selon l'encadrement requis par sa condition, etc.).

Lors d'une deuxième rencontre à environ une semaine d'intervalle (durée moyenne de 60 minutes), l'intervenante ou l'intervenant pivot poursuit l'enseignement et le PSI avec un calendrier de suivi structuré dans le temps et de relances téléphoniques auquel la personne participante s'engagera par rapport aux résultats souhaités. Le médecin de famille du participant ou de la participante sera informé de la participation au programme et des services dont elle bénéficiera. Vous trouverez cette lettre type dans la section outils.

Les outils pour l'évaluation des besoins

La collecte de données doit comprendre l'évaluation de tous les facteurs de risque. Vous trouverez les facteurs de risque à considérer dans le calcul des risques pour la santé cardiaque à la section outils. Vous retrouverez aussi dans la section outils, la collecte de données.

Les outils lors du contrat

Vous retrouverez dans la section outils un contrat de type réadaptation (PSI). Ce dernier comprend, pour chaque volet de prise en charge, des moyens à utiliser et un échéancier. Il fait l'objet d'un engagement personnel de la personne participante dans chacun des volets ciblés par elle et permet une prise en charge globale tout en facilitant la concertation interprofessionnelle. Le plan est soutenu par les intervenants spécialisés selon les types d'activité. De plus, il est révisé de façon périodique afin que soient faits les meilleurs ajustements possibles.

Étape 2

Réalisation du contrat de réadaptation

- Actualisation du plan de traitement
- Prestation des activités spécialisées convenues au contrat

Une troisième rencontre aura lieu avec l'intervenant pivot à environ cinq à six semaines après le début de la prestations des services (durée moyenne de 60 minutes). Cette rencontre est consacrée à dresser un court bilan des changements amorcés ainsi que des réussites et des difficultés, puis l'infirmière poursuit l'enseignement prévu au plan d'action. Donc, cette étape sert à consolider ou à terminer le plan d'action général, à définir les besoins de soutien du participant ou de la participante et à s'entendre sur les modalités.

Les outils lors de la prestation des services

Des outils d'enseignement et de suivi seront présentés dans chaque volet d'intervention spécifique. Nous détaillerons la prestation des activités spécifiques dans le chapitre contenu du programme.

Étape 3

Réévaluation des besoins du participant

À la fin de la prestation des services, une quatrième rencontre (durée moyenne de 45 minutes) avec l'intervenante et l'intervenant pivot qui, au préalable, a reçu le rapport des activités spécifiques auxquelles la personne participante a participé, sert à faire une évaluation des objectifs et des résultats obtenus afin de déterminer si celle-ci doit être dirigée vers d'autres services. De plus le médecin traitant est informé de l'atteinte ou non des objectifs du participant ou de la participante ainsi que des circonstances positives et négatives qui ont influencé ces résultats. La personne participante est informée des relances téléphoniques prévues à la phase de maintien et sait qu'elle peut rejoindre l'intervenante ou l'intervenant pivot, au besoin, entre-temps.

Responsabilités et rôles de l'intervenant pivot

Le concept d'intervenante ou d'intervenant pivot s'appuie sur un besoin de continuité et de concertation dans les services offerts sur un territoire ou dans une communauté. La principale fonction de cette personne consiste en la planification et la coordination du plan de services individualisé (plan d'action) dans le but de répondre aux besoins du participant ou de la participante. La personne intervenante pivot est donc un professionnel ou une professionnelle qui évalue les besoins de la personne atteinte et de ses proches, et qui s'assure que le réseau répond à ceux-ci. Plus précisément, elle accueille, soutient, accompagne, informe le participant ou la participante et rend possible la continuité entre les interventions des multiples acteurs. Ce rôle doit s'exercer dans une perspective de renforcement des capacités personnelles des participants, à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire et en collaboration avec les ressources de la communauté.

La personne intervenante pivot doit planifier, organiser, coordonner et évaluer les activités concernant le programme de réadaptation. Comme infirmier ou infirmière, la personne intervenante pivot vise à intégrer dans sa pratique les énoncés décrivant divers aspects de l'exercice de sa profession, soit : le partenariat infirmière - participant; la promotion de la santé; la prévention de la maladie; le processus thérapeutique; la réadaptation fonctionnelle; la qualité de vie et l'engagement professionnel. Toutes ces perspectives de l'exercice de la profession infirmière sont des préoccupations constantes.

Interventions cliniques

- Recevoir les demandes pour le programme, établir un contact avec le participant et amorcer le processus d'intégration au programme :

  - communiquer par téléphone avec le participant ou la participante dans un délai **maximal** de 1 à 3 semaines suivant la réception de la demande.
  - informer le participant ou la participante du contenu du programme de réadaptation et du rôle de l'intervenante ou de l'intervenant pivot.
  - évaluer globalement les besoins du participant et son intérêt à adhérer au programme.
  - planifier le premier rendez-vous.

- Vérifier s'il y a une stratification qui a été faite dans les quatre derniers mois, sinon :

  - vérifier si les laboratoires sont disponibles au dossier,
  - vérifier s'il y a un résultat d'épreuve d'effort,
  - demander les autorisations au participant pour le résumé de dossier,
  - faire parvenir les résultats au médecin traitant pour la stratification,
  - s'assurer que le participant ou la participante prenne rendez-vous avec son médecin traitant.

- Élaborer le plan de services individualisé avec la personne participante en fonction des besoins de cette dernière et la diriger vers les professionnels ciblés.

  - Compléter la collecte de données amorcée lors de la première rencontre,
  - Établir le contrat de réadaptation avec le participant ou la participante,
  - Amorcer ou compléter l'intervention éducative en tenant compte des besoins prioritaires du participant, ce qui consiste à : le sensibiliser au problème de santé

cardiovasculaire et à sa réalité multifactorielle, le conscientiser sur le contrôle et le pouvoir qu'il est apte à exercer, réduire son stress engendré par sa maladie et l'aider à définir les conséquences de l'action et de l'inaction.

❖ Vérifier l'avancement du participant ou de la participante dans le processus de réadaptation et adapter le contrat de réadaptation.

- Communiquer avec la personne participante afin de la soutenir dans ses démarches.
- Proposer des solutions de rechange si l'application du plan initial connaît des difficultés en utilisant une approche « d'empowerment ».

❖ Coordonner les liens avec les autres intervenants du programme

- S'assurer que les liens entre le participant ou la participante et les différents intervenants du programme se réalisent correctement tout au long du processus.
- Agir comme un «coach »pour la personne participante (rappels, motivation, atteinte des objectifs, counseling, etc.) en complémentarité avec les autres intervenants directs.
- Assurer le transfert d'information aux différents intervenants concernés, particulièrement au médecin traitant et aux spécialistes, les informer de la participation de leurs clients et de la fin du programme en précisant l'atteinte ou non des objectifs.

Collaboration à l'organisation des services en réadaptation

❖ Coordonner les liens avec les différentes ressources du programme en association avec la ou le gestionnaire identifié du territoire.

- S'assurer que la personne participante a accès aux ressources mises en place dans le cadre du programme,
- Représenter l'équipe territoriale à la coordination régionale du programme,
- Être la référence générale du participant ou de la participante dans le programme,
- Être la référence générale au programme de réadaptation pour les intervenants de la communauté,
- Faire connaître les ressources du programme à l'ensemble des professionnels engagés auprès des clientèles cibles,
- Évaluer les besoins de formation avec la collaboration des intervenants de l'équipe,
- Collaborer à l'harmonisation des outils de liaison et de référence,
- Participer périodiquement à la révision et à la mise à jour des outils : cahiers d'enseignement, documentation remise aux clients, formulaires, etc.,
- Participer au processus de suivi et d'évaluation du programme en complétant et compilant les statistiques d'interventions selon les modèles d'interventions définis régionalement, tout en utilisant la nomenclature spécifique au programme.

Rôle des autres intervenants

Cardiologue et médecin de famille

- Poursuivre le suivi médical et pharmacologique.
- Stratifier le risque.
- Prescrire l'épreuve d'effort.
- Prescrire l'intensité de l'activité physique.

Le médecin responsable du dossier de réadaptation

- Participer aux réunions d'équipe au besoin.
- Assurer le lien avec les autres médecins de son territoire ou des spécialistes.
- Assurer la mise en place du plan d'urgence et le suivi de ce plan.

Kinésiologue ou éducateur physique

- Promouvoir les bienfaits de l'activité physique et enseigner les saines habitudes de vie.
- Offrir aux personnes participantes un programme adapté d'activité physique d'environ douze semaines, selon la région
- Assurer la progression de l'entraînement et le suivi selon la prescription de départ.
- Alimenter la motivation, l'observance.
- Participer aux réunions d'équipe.

Nutritionniste

- Faire la promotion de saines habitudes alimentaires.
- Déterminer les forces et les faiblesses des habitudes alimentaires actuelles en regard des problèmes de santé ou des facteurs de risque présents.
- Offrir aux participants un suivi adapté de deux rencontres, quatre lorsque nécessaire, ou de relances téléphoniques.
- Participer aux réunions d'équipe.

Intervenant psychosocial

- S'assurer du suivi des conditions psychologiques et sociales des participants vivant des difficultés.
- Faire la promotion de saines habitudes de vie comme la gestion du stress, l'adaptation à sa maladie.
- Participer aux réunions d'équipe.

Mécanismes de liaison

Dans le cadre de ce programme, des mécanismes de liaison bien établis doivent exister sur le territoire de la région 05 pour favoriser la communication entre les différents partenaires. Les facteurs facilitant le déroulement de la fonction liaison sont les suivants :

- la connaissance, par tous les intervenants, du programme dans son ensemble (philosophie, objectifs, activités, mécanismes d'accès) qui est un préalable essentiel pour faciliter l'orientation de la personne au programme.
- La prise de conscience, par chacune des personnes intervenantes, du processus global dans lequel elles s'inscrivent et de leur contribution.
- L'existence de modalités de communication formelles entre les intervenants les plus actifs dans l'élaboration et le suivi du plan d'action (par exemple, lettre aux médecins traitants, feuille sommaire ou autre, et feuille de collecte de données pour le suivi de la personne).
- La standardisation des protocoles d'investigation et d'intervention.
- La standardisation des outils de référence dans la région. (Section outils : le formulaire de référence suggéré)

Mécanismes existants dans la région 05

La région 05 assure des mécanismes de liaison entre le CHUS et les CLSC via une fiche de continuité depuis 1996. Ce processus est fonctionnel et nous poursuivrons avec ce mécanisme pour l'instant.

Par exemple, au CHUS, l'Unité Mère-Enfant a mis sur pied, en collaboration avec les CLSC, depuis quelques années, un système de liaison via Lotus Note qui répond aux critères ci-dessous (par exemple, la confidentialité).

D'autres systèmes de liaison sont à venir avec l'avancement de la technologie.

Voici les principes directeurs de ce mécanisme de liaison réalisé conjointement par le CHUS et les CLSC de la région 05 :

- favoriser une communication directe entre les deux types d'établissement afin de minimiser les intermédiaires.
- planifier de façon précoce le congé du patient ou de la patiente ayant reçu des services de l'hôpital.
- diminuer les délais de prise en charge ou de continuité de soins et services entre les établissements.
- la liaison doit être perçue comme une continuité de soins et services déjà amorcés.
- favoriser l'utilisation de moyens techniques modernes pour faciliter la continuité de soins et services (exemples : télécopieur, informatique).
- optimiser le respect de la confidentialité.
- mettre en place des mécanismes souples, rapides et simples.
- uniformiser les procédures de liaison (fiche de transmission unique, bottin des ressources, etc.).
- identifier les personnes de référence sur chaque unité de soins (l'assistante infirmière-chef).
- identifier un service ou une personne de référence dans chaque CLSC.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AACVPR	:	American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation
ACSM	:	American College of Sports Medecine
AHA	:	American Heart Association
CACR	:	Canadian Association of Cardiac Rehabilitation
CAT	:	Clinique d'abandon tabagique
CH	:	Centre hospitalier
CIDIH	:	Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
CLSC	:	Centre local de services communautaires
IMC		Indice de masse corporelle
MCV	:	Maladie cardiovasculaire
MOS	:	Modèle d'organisation de service
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PSI	:	Plan de service individualisé
RCR	:	Réanimation cardiorespiratoire
SAD	:	Soins à domicile
SCC	:	Société Canadienne Cardiologie
SSC	:	Service santé courant

Annexe 1

Qu'est-ce qu'un réseau de soins et de services de santé ?

Différents auteurs définissent le réseau de soins. Shortell[19] le définit comme *« Un réseau d'organisations qui fournissent ou assurent la prestation d'un continuum de services à une population définie et qui accepte la responsabilité clinique et financière des résultats comme de l'état de santé de la population desservie ».*

Pour Robinson[20] , *« C'est un système de communication et de support en «interface» qui va d'un niveau de soins à un autre et où le patient/proche est au centre ».* Toujours selon le même auteur, *« Le réseau de soins comprend une équipe de soins intégrés où chaque membre contribue au soutien du patient/proche. Ce réseau comporte aussi des services et ressources communautaires ainsi qu'un réseau social étendu. Un « maillage » entre tous ces services et ressources est essentiel ».*

Les objectifs d'un réseau de soin intégré de services sont de :

- évaluer et prioriser les besoins du patient/proche.
- dispenser et coordonner des services.
- améliorer la communication dans tout le réseau.

Ce type de réseau couvre tous les niveaux de soins (primaire, secondaire, tertiaire et de réadaptation) et toutes les dimensions de services (soins aigus, maintien à domicile).

Pour y donner suite, une nouvelle façon de faire est proposée. Pour obtenir les résultats voulus, Shortell[21] propose un système qui répondra aux critères suivants :

1) Culture d'une nouvelle gestion : c'est une nouvelle façon de penser, de voir le réseau de soins à travers l'épisode de la maladie cheminant vers le bien-être.

2) Évaluation des besoins de la population : se rapprocher des communautés, tenir compte des démarches, des préférences des personnes.

3) Utilisation d'un système de gestion de soins : intégrer des méthodes d'évaluation des données cliniques, utiliser des protocoles ou cheminements cliniques, dans le but d'assurer une continuité de soins entre les sites et les professionnels et dans un processus continu d'amélioration de la qualité.

4) Gestion de système technologique : évaluation des coûts / bénéfices des techniques alternatives par rapport aux besoins de la population et de l'habileté du système à utiliser la nouvelle technologie; achat / partage de technologies alternatives de traitement à moindre coût.

5) Instauration d'un processus d'amélioration de la qualité : principes et pratiques d'un processus dynamique dans le but de réagir promptement aux circonstances.

6) Utilisation de liens informatiques et de système de récompenses : liens électroniques pour les données cliniques et financières à travers le continuum de soins et système de récompenses de la performance pour encourager la collaboration.

Le réseau intégré de soins et services proposé repose sur ces critères et améliorera l'accessibilité aux services et son efficience. Un plan de service individualisé, adapté aux besoins du patient/proche, établi par les professionnels, permettra d'éliminer la duplication des services et de prévenir les coupures entre les secteurs.

Annexe 2

Stratégie de l'Organisation mondiale de la santé « Vers l'unité pour la santé »[22]

En 1999, l'Organisation mondiale de la santé a lancé une nouvelle stratégie intitulée « Vers l'unité pour la santé – VUPS » (« Towards Unity for Health-TUFH »). Cette stratégie poursuit les orientations mises de l'avant par une autre stratégie, soit celle de la « Santé Pour Tous » qui a été acceptée par l'ensemble des nations en 1981. Selon cette dernière stratégie, l'ensemble des personnes de la planète doivent avoir la possibilité d'une meilleure santé, santé qui se définit comme un état de bien-être complet sur les plans physique, mental et social.

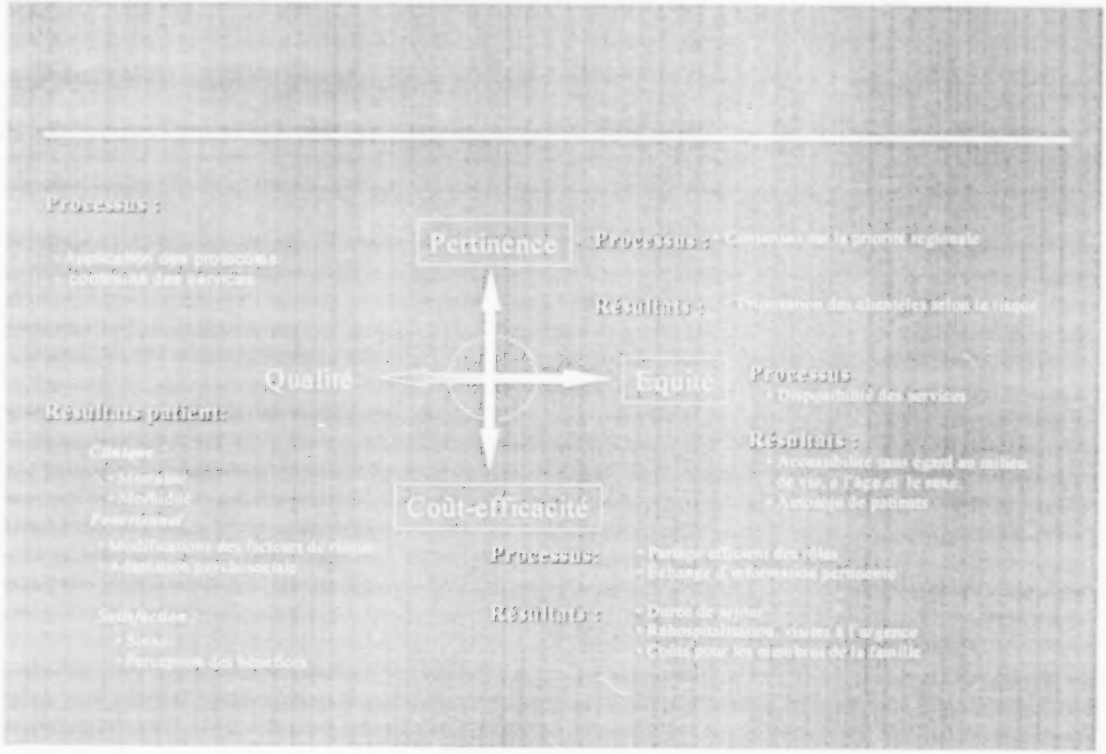
La stratégie Vers l'unité pour la santé s'articule autour de certains éléments clés : répondre aux besoins des personnes, intégrer les services, moduler les pratiques professionnelles, créer des partenariats productifs et mesurer les impacts. Ainsi, l'objectif général de la stratégie est d'améliorer les performances des systèmes de prestation de services de santé pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés en facilitant l'intégration/coordination des services, considérant les implications pour la pratique de la formation professionnelle d'une telle approche, créant des partenariats productifs et durables entre les intervenants-clés (décideurs politiques, gestionnaires de santé, professions de santé, institutions académiques, communautés) et mesurant les impacts d'une telle approche de soins et services.

Pour améliorer la santé, des valeurs communes doivent être acceptées par l'ensemble des intervenants. À cet effet, la stratégie Vers l'unité pour la santé propose quatre valeurs de référence de base pour diriger les actions. Ces valeurs sont schématisées dans la boussole pour la santé (figure 1). Un équilibre entre ces quatre valeurs est nécessaire pour répondre de façon optimale aux besoins de santé des individus et des populations. La qualité réfère à l'offre et la gestion de soins et services de haut niveau scientifique et en accord avec les normes de pratiques professionnelles. L'équité doit assurer que chacun des membres d'une communauté ait les mêmes opportunités d'amélioration de la santé et de bien-être. La qualité et l'équité sont parfois en contradiction et un équilibre entre ces deux valeurs représente un rêve à la fois nécessaire et réalisable. Par ailleurs, ces deux premières valeurs doivent aussi être confrontées à deux autres, soit la pertinence, i.e. des services offerts selon les priorités, et l'efficience, i.e. des services qui utilisent de façon optimale les ressources disponibles. Ces deux dernières valeurs représentent l'axe de la réalité auquel les gestionnaires de services de santé sont confrontés. Ce n'est qu'en trouvant un équilibre entre ces quatre valeurs et l'axe du rêve et de la réalité que nous pourrons atteindre de façon optimale les besoins des individus et des communautés.

L'intégration et la coordination des soins et services représentent la première caractéristique de services de santé qui optimisent leur réponse aux besoins. La stratégie VUPS reconnaît quatre éléments majeurs qui permettent d'atteindre cette intégration. La population de référence doit être d'abord bien définie tout comme le territoire où s'applique les services de santé. Les soins et services doivent à la fois s'adresser à la santé individuelle et à la santé publique; une complémentarité et une intégration de ces activités sont nécessaires et représentent un point d'entrée majeur pour assurer l'intégration. Idéalement, il devrait exister pour ce territoire et pour cette population un système d'information complet, efficient et utilisé par tous qui permet d'échanger les informations entre les intervenants et qui sous-tend ainsi l'unité de but et d'action de tous et chacun. Finalement, la stratégie VUPS reconnaît que des changements dans le but d'améliorer la santé pour tous ne peuvent survenir que s'il y a une interaction continue et étroite entre l'organisation des services des soins de santé, la pratique professionnelle et l'éducation professionnelle.

Le défi de la stratégie Vers l'unité pour la santé se situe dans le fait qu'elle appelle à une contribution active de l'ensemble des professionnels ou des intervenants en santé. Le pentagone du partenariat présente le réseau des relations possibles entre cinq groupes de partenaires-clés, soit les décideurs politiques, les gestionnaires de la santé, les professions de santé, les communautés et les institutions académiques. Chaque partenaire a ses propres caractéristiques et références, ses forces et contraintes, ses attentes et ses objectifs. L'intérogénéité entre les partenaires peut et doit être transformé dans un partenariat productif, durable et satisfaisant pour l'ensemble, le tout idéalement dans un engagement à long terme. L'unité doit donc être créée sur les deux fronts i.e. à la fois au niveau de l'action et au niveau des acteurs.

La raison d'être de la stratégie VUPS et de tout projet qui utilise cette stratégie comme cadre de référence est d'identifier des leçons qui peuvent servir à d'autres. Il faut donc mesurer l'impact des services de santé en regard des valeurs mises de l'avant soit la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficience. Les indicateurs tant dans le processus que dans les résultats peuvent et doivent être identifiés dans le but d'identifier l'impact d'un système de santé en regard de ces valeurs.

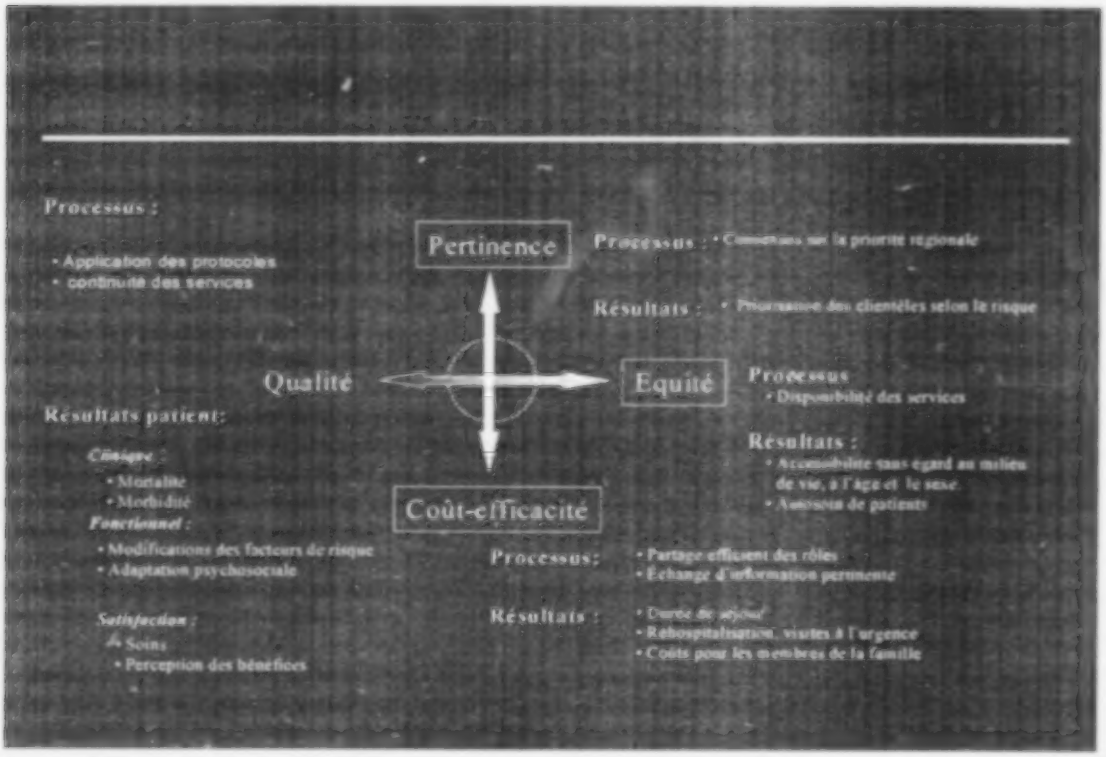


Adaptation faite par Nicole Bolduc, Danielle St-Louis et Dr Paul Grand'Maison, avec l'accord de Charles Boelen.[11]

Modifié le 25 octobre 2004

Le défi de la stratégie Vers l'unité pour la santé se situe dans le fait qu'elle appelle à une contribution active de l'ensemble des professionnels ou des intervenants en santé. Le pentagone du partenariat présente le réseau des relations possibles entre cinq groupes de partenaires-clés, soit les décideurs politiques, les gestionnaires de la santé, les professions de santé, les communautés et les institutions académiques. Chaque partenaire a ses propres caractéristiques et références, ses forces et contraintes, ses attentes et ses objectifs. L'intérogénéité entre les partenaires peut et doit être transformé dans un partenariat productif, durable et satisfaisant pour l'ensemble, le tout idéalement dans un engagement à long terme. L'unité doit donc être créée sur les deux fronts i.e. à la fois au niveau de l'action et au niveau des acteurs.

La raison d'être de la stratégie VUPS et de tout projet qui utilise cette stratégie comme cadre de référence est d'identifier des leçons qui peuvent servir à d'autres. Il faut donc mesurer l'impact des services de santé en regard des valeurs mises de l'avant soit la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficience. Les indicateurs tant dans le processus que dans les résultats peuvent et doivent être identifiés dans le but d'identifier l'impact d'un système de santé en regard de ces valeurs.

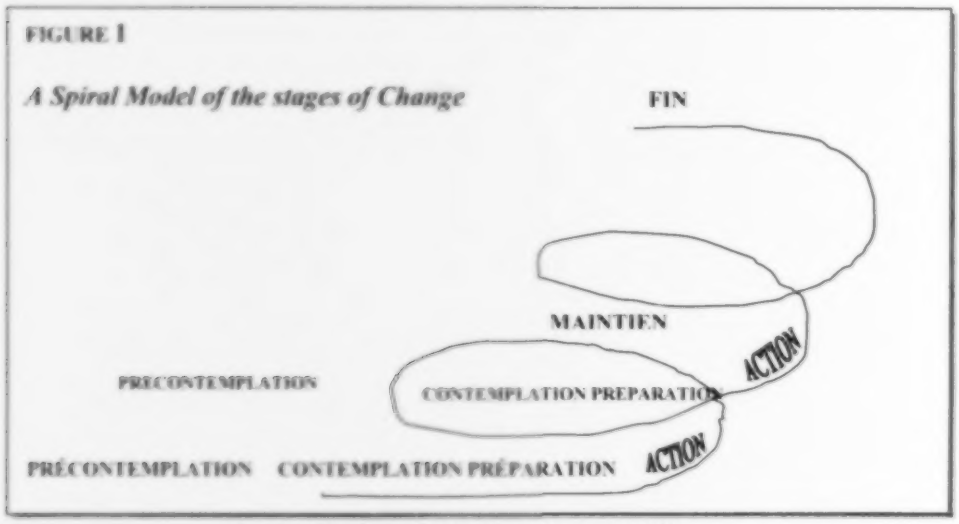


Adaptation faite par Nicole Bolduc, Danielle St-Louis et Dr Paul Grand'Maison, avec l'accord de Charles Boelen.[11]

Modifié le 25 octobre 2004

Modèle Prochaska

Prochaska[23] nous propose une spirale du changement qui nous indique les différentes phases où l'individu se situe. Pour chacune des phases, il propose des interventions d'enseignement et de soutien adaptées.



Tiré de : Prochaska, DiClemente, Norcross (1992)

Ces étapes sont les suivantes :

- la précontemplation : l'individu ne pense pas ou n'est pas prêt à changer un comportement dans un avenir rapproché;
- la contemplation : l'individu considère sérieusement la possibilité de changer un comportement dans moins de six mois;
- la préparation : à cette étape, l'individu considère sérieusement à changer un comportement à l'intérieur d'un mois et a déjà commencé à anticiper certains changements;
- l'action : l'individu modifie activement des habitudes ou son environnement;
- le maintien : l'individu maintient ses nouvelles habitudes de vie. Selon le CACR[24], le maintien se fait jusqu'à six mois.

La rechute est toujours possible et peut se situer à n'importe quelle étape. Si l'individu rechute, il recommence un nouveau cycle. Il peut à ce moment considérer la situation comme un échec. Alors, il est important que la personne intervenante pivot le revoit et l'aide à prendre conscience des changements qu'il a réussi à faire et aussi que celui-ci analyse sa rechute : quel événement l'a provoquée? Que fera-t-il la prochaine fois s'il revit la même situation?

Selon cette théorie :

- Les phases de changements sont similaires, qu'on ait affaire à un problème de dépendance, (assuétude) de détresse psychique ou de mauvaise alimentation ou autre; il est essentiel que les participants et participantes ainsi que le personnel professionnel comprennent les phases de modification du comportement.

- Les interventions et stratégies dont disposent ceux qui sont dans un processus de changement doivent être adaptées à la phase où il se trouve (par exemple, il est inutile de fournir à un fumeur une information détaillée sur les moyens de s'adapter quand il aura cessé de fumer s'il n'a pas encore pris conscience de l'impact de son comportement sur sa santé).

- Les interventions devraient offrir plusieurs options dont l'entraide, des stratégies individuelles et de groupe ainsi que des actions au niveau de l'environnement et des politiques.

Les intervenants et intervenantes évalueront le degré de préparation au changement des participants et participantes ce qui les aidera à choisir l'approche utile pour faire évoluer ceux-ci dans le processus.

La compréhension des différentes étapes de changement vécu nous aidera par conséquent à définir les modalités d'intervention comme : la formation des groupes, le contenu des enseignements, la fréquence des rencontres, la nature des suivis, etc.

Ce modèle a été validé, entre autres, auprès d'un groupe de personnes âgées de plus de 65 ans ayant subi un événement cardiaque récent.[25] Le but de l'étude était d'évaluer les prédicteurs significatifs à l'adhérence à l'exercice et la validité du modèle.

L'étude a révélé que les prédicteurs les plus significatif, autant positifs que négatifs, étaient la perception d'autoefficacité, la perception des bénéfices reliés à l'activité physique, le soutien interpersonnel ainsi que la perception des barrières à pratiquer ces activités physiques. Ces prédicteurs comptent pour 50% de la variance dans les étapes de participation à l'activité physique. Au niveau de la validité, les mesures faites (test, retest, validité de construit, consistance interne) selon les prédicteurs énumérés précédemment et quelques autres qui étaient moins significatifs ont démontré que le modèle était bien supporté ($p < .0001$) Cette étude a aussi démontré que ce modèle peut être appliqué auprès de d'autres clientèles de gens âgés.

Plusieurs auteurs[26 27] ont utilisé récemment ce modèle qui est utilisé très fréquemment au niveau de la réadaptation cardiaque.

Selon le modèle, la quantité d'informations transmises et les changements qui en découleront sont en fonction de leur engagement et de leur niveau de motivation. Selon les auteurs, « toute

activité que l'on initie pour modifier notre pensée ou comportement est un processus de changement ».[28]

Références

1. RRSSS Québec. *Traité Santé : programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques : cadre de référence*, 2003, 45 pages.

2. CARBONNEAU, Michel. *Portrait des maladies cardiovasculaires en Estrie*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, mars 2004. (Document de travail)

3. STATISTIQUE CANADA (2000-2001). *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 1,1*. Institut de la statistique du Québec, Compendium de tableaux produit avec le fichier de microdonnées à grande diffusion de Statistique Canada, mai 2003.

4. RRSSS Estrie. *Modèle d'organisation des services en santé cardiovasculaire – Santé physique*, 1996.

5. CARBONNEAU, Michel. *Portrait des maladies cardiovasculaires en Estrie*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, mars 2004. (Document de travail)

6. COLLINS, Nakai, R.L. et G.R. DAGENAIS. *Le rôle spécialiste en maladies cardiovasculaires dans la prévention des maladies cardiovasculaires*, Canadian Journal of Cardiology, 1999, suppl. G, 7-10.

7. FALLEN, E.L. et autres. Traitement des patients ayant subi un infarctus du myocarde : rapport consensuel – Révision des lignes de conduite de la SCC formulées en 1991, *Canadian Journal of Cardiology*, 1995, 11 (8), 659-669.

8. GOBLE, J. et M.V.C. WORCESTER. *Best Practice Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention.* Australie Dept. Of Human Services, 1999, Victoria.

9. SHORTELL, S.M. et autres. *Remaking Health Care in America*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1996.

10. BOELEN, Charles. *Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.

11. BOLDUC, Nicole et autres. *Le programme intégré en santé cardiaque Sherbrooke/Sherbrooke PISC-SE) : un engagement Vers l'unité pour la santé.* Faculté de médecine comme Centre collaborateur de l'OMS, Centre de formation continue, Sherbrooke, 2001, p. 34-38.

12. SWAILS, S.H. et B.H. SOUTHARD. *Motivating and Empowering patients for self-learning*, tiré de Wenger N.K., Smith, L.K. Froelicher E.S., et Comoss, P.M. Cardiac Rehabilitation : a Guide to Practice in the 21th Century, New York : Decker inc., 1999, p. 371-383.

13. BECKER, M.H. *The Health Belief Model personal health behavior.* Health Education Monographs, 2, 1975.

14. BANDURA, A. *Self-Efficacy : Towards a fying theory of behavioral change.* Psychological Review, 1977, 84, 191-215.

15. LEFTCOURT, H.M. (1966). *Internal-external control of reinforcement.* A review Psychological Bulletin, 1966, 65, 206-220.

16. PROCHASKA, J.O. J.C. NORCROSS, J.C., DICLEMENTE, C.C. *Changing for good,* New York : Avon Books, 1994.

17. IGNASZEWSKI, A., S.A. LEAR, (1999). *Programme de réadaptation cardiaque*, Canadian Journal of Cardiology, 1999, vol. 15, suppl. G.

18. Ibidem note XVII.

19. SHORTELL, S.M. et autres. (1993). *Creating organized delivery systems : The barriers and Facilitators*, Hospital and Health Services Administration, 1993, 38 (4), 447-461.

20. ROBINSON, K.R. *Envisioning a Network of Care for At-Risk Patients after Myocardial Infarction*, Journal of Cardiovascular Nursing, 1999, 14 (1), 75-78.

21. Ibidem note XX.

22. BOELEN, Charles, Paul GRAND'MAISON, A. SCHOFIELD, Nicole BOLDUC. *La stratégie l'Organisation Mondiale de la Santé Vers l'Unité pour la santé.* Faculté de médecine de Sherbrooke comme Centre collaborateur de l'OMS. Centre de formation continue, Faculté de médecine, Sherbrooke, (2001), p. 28-33.

23. Prochaska, J.O. Norcross, J.C., DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good,* New York : Avon Books.

24. CANADIAN ASSOCIATION OF CARDIAC REHABILITATION. *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilisation and Cardiovascular Disease Prevention,* première édition, 1999, Winnipeg, CARC.

25. HELLMAN, E.A. *Use of the stages of changes in exercise adherance model among older adults with a cardiac diagnosis*, Journal of Cardiopulmonary and Rehabilitation, 1997, 17 (3), 145-155.

26. HOULIHAN, G.D. *The Evaluation of the « Stages of change » model for use in counselling client's undergoing predective testing for Huntington's desease,* Journal of Advanced Nursing, 1999, 29 (5), 1137-1143.

27. JACOBSON, K.L., D.P. SHROEDER, T.A. JACOBSON. *Patient education and compliance*, tiré de Branch, W.I., Alexander, R.W., Schlant, R.C., Hurst, J.W., *Cardiology in Primary Care,* 2000, U.S.A. The McGraw-Hill Companies.

28. PROCHASKA, J.O., J.C. NORCROSS, C.C. DICLEMENTE. *Changing for good,* 1994, New York, Avon Books.